



=> Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular sowie die nötigen Unterlagen an:

| | | |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Stiftung Auffangeinrichtung BVG | www.aeis.ch | Tel. +41 41 799 75 75 |
| Berufliche Vorsorge (BVG) | Postfinance | Fax +41 44 468 23 96 |
| Postfach | BIC/SWIFT: POFICHBEXX | Bürozeiten Mo. - Fr. |
| 8050 Zürich | IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7 | 08:00 bis 12:00/13:30 bis 17:00 |

Antrag auf Barauszahlung der Freizügigkeitsleistung

Angaben zur Person

Soz.-Vers.-Nr.: _____ Sprache: D F I

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: M F Geburtsdatum: _____

Zivilstand: ledig verheiratet eingetragene Partnerschaft
 verwitwet geschieden aufgelöste Partnerschaft

Datum der Heirat oder der Reg. der Partnerschaft bzw. der Scheidung oder Auflösung: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Ich nehme im Haupterwerb eine selbständige Tätigkeit auf und bestätige hiermit, dass ich die Freizügigkeitsleistung in vollem Umfang in den eigenen Betrieb investiere und nicht mehr der obligatorischen Vorsorge unterstehe.
(Bitte legen Sie eine Bestätigung der zuständigen AHV-Ausgleichskasse mit Abrechnungsnummer bei.)

Ich verlasse endgültig die Schweiz.
(Bitte legen Sie eine Kopie der definitiven Abmeldebescheinigung der Einwohnerkontrolle bei.)

Ich reise in folgendes Land der EU/EFTA aus: _____
Vor einer Auszahlung muss **zwingend** abgeklärt werden, ob Sie dort sozialversicherungspflichtig sind. Dazu ist das "Antragsformular für die Abklärung der Sozialversicherungspflicht" für das betreffende Land auszufüllen. Es ist bei folgender Behörde erhältlich:

Verbindungsstelle
Sicherheitsfonds BVG
Postfach 1023
CH-3000 Bern 14

www.verbindungsstelle.ch
info@verbindungsstelle.ch

Zusammen mit dem Formular erhalten Sie ein Merkblatt, das den Ablauf des Verfahrens beschreibt. Nach dessen Abschluss werden wir Sie über den möglichen Auszahlungsbetrag informieren.

Ich reise in folgendes Land ausserhalb der EU/EFTA aus: _____

Meine Freizügigkeitsleistung ist geringer als mein jährlicher Arbeitnehmersparbeitrag.

Ihre Zahlungsverbindung

Bank Post Konto-Nr.: _____

IBAN (zwingend): _____

Bank (Name, PLZ, Ort, Land): _____

SWIFT/BIC (für Ausland): _____ Clearing: _____

Kontoinhaber: Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____ Land: _____



Bestätigung des Wohnsitzes

Zum Zeitpunkt der Auszahlung habe ich meinen Wohnsitz in der Schweiz im Ausland

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Steuerbehörden einen Kapitalbezug innerhalb von 3 Jahren nach einem Einkauf verbieten, bzw. steuerlich wieder aufrechnen können.

Ort:

Datum:

Unterschrift der versicherten Person:

Ehegatte/eingetragener Partner ist mit der Auszahlung des Altersguthaben in Kapitalform einverstanden:

Ort:

Datum:

Unterschrift des Ehegatten / Partners:

Name, Vorname des Ehegatten / Partners:

Hinweis zum Bezug in Kapitalform:

Wenn die versicherte Person verheiratet ist oder in eingetragener Partnerschaft lebt, ist die Unterschrift des Ehegatten/Partners **zwingend** erforderlich. Beide Unterschriften müssen beglaubigt sein. Andernfalls ist ein Personenstandsnachweis beizulegen, der nicht älter als 3 Monate ist.